

交联纤维蛋白降解后的特异性产物。由于已将 FIB、纤维蛋白降解产物的影响排除在外,D-D 水平增高时反映体内血液高凝和纤溶的增强,表明血管内有纤维蛋白的形成与降解,是反映体内高凝状态及纤溶亢进的标志物,其检测具有较高的特异性和敏感性^[14]。提示 D-D、FIB、vWF: Ag、TpP、FVⅢ: A、AT-Ⅲ是诊断癌症患者 VTE 发病的可靠标志物,且与癌症分期密切相关,D-D 的预测价值较高。

综上所述,恶性肿瘤患者合并 VTE,不仅增加治疗难度,而且影响患者生存质量及缩短生存期,因此 D-D、FIB、vWF: Ag、TpP、FVⅢ: A、AT-Ⅲ作为诊断 VTE 发病的可靠标志物,尤其是 D-D 水平具有较高的预测效果,有利于规范早期诊断、治疗及预防,可提高恶性肿瘤患者的生存治疗,延长生存期,值得临床推广。

参考文献

[1] 王启船. 低分子肝素联合化疗治疗晚期乳腺癌的疗效及对血栓标志物的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(18): 4567-4568.

[2] 门剑龙, 钟殿胜, 任静, 等. 血栓标志物评估恶性肿瘤患者静脉血栓风险[J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 23(4): 283-289.

[3] 李玉妹, 张谨超, 刘彦玲, 等. 血浆 LPA、Hcy 联合检测在下肢深静脉血栓早期诊断中初步研究[J]. 中国实验诊断学, 2015, 17(12): 2045-2047.

[4] 齐典文, 胡彤宇, 张国川, 等. 低分子肝素治疗骨转移癌患者下肢深静脉血栓的疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 13(25): 61-62.

[5] 龚桂芳, 胡翠月, 何小倩, 等. 妇科恶性肿瘤围手术期防治下肢深静脉血栓的护理体会[J]. 广东医学, 2012, 33

(11): 1688-1690.

[6] 陈霞, 张晟. 血浆 D-二聚体浓度筛查辅助超声联合检测髋部骨折患者下肢深静脉血栓的价值[J]. 广东医学, 2011, 32(23): 3080-3082.

[7] 马琳, 张莹, 杨秀艳, 等. D-二聚体诊断创伤后急性下肢深静脉血栓的临床意义[J]. 重庆医学, 2010, 39(24): 3390-3391.

[8] 王英. 妇科恶性肿瘤围手术期防治下肢深静脉血栓的护理体会[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(5): 131-132.

[9] 刘玉凤. 尿激酶联合低分子肝素治疗恶性肿瘤并下肢深静脉血栓的观察与护理[J]. 医学信息, 2013, 6(7): 373-374.

[10] 李文洲, 吴伶俐, 王召云, 等. 低分子肝素在妇科肿瘤术后预防下肢深静脉血栓中的作用[J]. 福建医药杂志, 2013, 35(6): 91-93.

[11] 何华斌, 陈群, 肖喜凤, 等. 下肢深静脉血栓患者致肺栓塞的危险因素分析[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(4): 588-589.

[12] 刘翠霞. 注射用丹参联合空气波压力治疗仪预防老年消化道肿瘤术后下肢深静脉血栓形成的护理研究[J]. 河北中医, 2011, 33(4): 599-601.

[13] 周勤. 下腔静脉滤器植入联合抗凝治疗下肢深静脉血栓形成临床应用[J]. 中国医药, 2012, 7(5): 593-594.

[14] 刘朝阳. 妇科肿瘤合并急性下肢深静脉血栓形成的临床分析[J]. 当代医学, 2015, 21(23): 33-34.

(收稿日期: 2016-09-11 修回日期: 2016-11-19)

• 临床探讨 •

剖宫产瘢痕缺陷形成的手术因素相关研究

董黎淑

(四川省泸州市妇幼保健院产科 646000)

摘要:目的 探讨剖宫产瘢痕缺陷(CSD)形成的手术因素。方法 选取该院单胎足月剖宫产分娩的产妇,于术后 6 个月行经阴道彩色多普勒超声观察剖宫产瘢痕愈合情况,比较各组间剖宫产手术因素的差异。结果 与剖宫产瘢痕愈合正常组比较,剖宫产瘢痕缺陷组术前已临产及单层缝合的比率明显增高,差异有统计学意义($\chi^2=40.181, 10.413, P=0.000, 0.008$),剖宫产孕周小于 39 周比率及术中出血量在 2 组间差异无统计学意义($\chi^2/t=0.176, 0.251, P=0.391, 0.439$)。与剖宫产瘢痕轻度缺陷组比较,重度缺陷组单层缝合比率增高($\chi^2=24.850, P=0.000$),2 组间剖宫产孕周小于 39 周、术前已临产比率及术中出血量差异无统计学意义($\chi^2/t=0.263, 3.452, 2.457, P=0.470, 0.060, 0.007$)。术前已临产及单层缝合可能是剖宫产瘢痕缺陷的高危因素($OR=2.682, 5.421, P=0.002, 0.000$),其中缝合方式的 OR 值最高。结论 剖宫产手术因素中,术前已临产及子宫切口单层缝合会增加 CSD 的风险,其中子宫切口单层缝合可能加重瘢痕缺陷的程度。

关键词:剖宫产瘢痕缺陷; 剖宫产术; 缝合

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)04-0581-03

剖宫产瘢痕缺陷(CSD)是指剖宫产子宫切口部位肌层薄弱,局部不连续,形成突向浆膜层的凹陷,与宫腔相通,也有学者将其称之为剖宫产子宫切口憩室,其主要临床表现为异常子宫出血,影响产后女性的身心健康^[1]。目前,越来越多的瘢痕子宫女性有再次妊娠的需求,CSD 增加了再次妊娠期间子宫破裂的风险。关于 CSD 的高危因素较多集中在人口学特征、剖宫产次数及妊娠期并发症方面^[2]。本研究针对 CSD 手术因素进行研究分析,为 CSD 的预防开辟新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1—12 月该院单胎足月剖宫产分娩并于产后 6 个月在该院行健康检查的产妇 368 例,年龄 21~43 岁,平均年龄(27.49±6.36)岁,其中瘢痕正常 310 例,瘢痕缺陷 58 例,瘢痕轻度缺陷 47 例,瘢痕重度缺陷 11 例,瘢痕缺陷的发生率为 15.76%(58/368),剖宫产孕周小于 39 周 112 例,术前已临产 89 例。平均出血量(254.58±54.36)mL,单层缝合 169 例。各组间产妇的年龄、孕周等一般资料比较,

差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有研究对象均为首次剖宫产,排除严重肝肾功能及心肺功能不全。

1.2 研究方法 (1)所有纳入研究的对象均行经阴道多普勒超声检查剖宫产瘢痕愈合情况,对存在 CSD 的产妇检测瘢痕缺陷的宽度、深度及缺陷处残留子宫肌层的厚度。查阅病历资料,记录年龄、文化程度、是否有妊娠合并症及并发症、剖宫产指征等一般资料,同时记录手术相关信息,包括剖宫产时孕周、剖宫产前是否临产、术中出血及缝合方式。(2)参考剖宫产手术专家共识(2014)建议的剖宫产孕周,分为剖宫产孕周大于或等于 39 周与剖宫产孕周小于 39 周^[3]。根据该院常用的缝合方式及手术医师习惯,分为单层缝合(连续单层缝合法缝合子宫肌层全层)及双层缝合(第 1 层连续全层缝合子宫肌层,第 2 层采用连续褥式缝合子宫浆肌层和膀胱反折腹膜),2 种方式均不穿透内膜。

1.3 分组方法及观察指标 根据经阴道多普勒超声检查结果,分为剖宫产瘢痕愈合正常组及剖宫产瘢痕缺陷组。按缺陷处残留肌层厚度将瘢痕缺陷分为瘢痕轻度缺陷(剖宫产瘢痕缺陷处残留肌层厚度大于 2.2 mm)及瘢痕重度缺陷(剖宫产瘢痕缺陷处残留肌层厚度小于或等于 2.2 mm)^[4]。比较组间剖宫产时孕周、剖宫产前是否临产、术中出血及缝合方式的差异。以是否形成 CSD 作为因变量,剖宫产时孕周、剖宫产前程、术中出血及缝合方式作为自变量进行高危因素分析。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ^2 检验,高危因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术因素与剖宫产瘢痕缺陷形成的关系 与剖宫产瘢痕愈合正常组比较,剖宫产瘢痕缺陷组术前已临产及单层缝合的比率明显增高,差异有统计学意义($\chi^2=40.181,10.413,P=0.000,0.008$),剖宫产孕周小于 39 周比率及出血量在 2 组间差异无统计学意义($\chi^2/t=0.176,0.251,P=0.391,0.439$)。见表 1。

表 1 手术因素与剖宫产瘢痕缺陷形成的关系				
项目	剖宫产瘢痕愈合 正常($n=310$)	剖宫产瘢痕 缺陷($n=58$)	χ^2/t	P
剖宫产孕周[$n(\%)$]				
<39 周	93(30)	19(32.76)	0.176	0.391
≥39 周	217(70)	39(67.24)		
术前是否临产[$n(\%)$]				
临产	56(18.06)	33(56.90)	40.181	0.000
未临产	254(81.94)	25(43.10)		
缝合方式[$n(\%)$]				
单层缝合	125(40.32)	44(75.86)	10.413	0.008
双层缝合	185(59.58)	14(24.14)		
术中出血量($\bar{x}\pm s$,mL)	223.68±49.89	239.36±36.52	0.251	0.439

2.2 手术因素与剖宫产瘢痕缺陷分度的关系 与剖宫产瘢痕轻度缺陷组比较,重度缺陷组单层缝合比率增高($\chi^2=24.850,P=0.000$),2 组间剖宫产孕周小于 39 周、术前临产比率及术中出血量差异无统计学意义($\chi^2/t=0.263,3.452,2.457,P=$

$0.470,0.060,0.007$)。见表 2。

表 2 手术因素与剖宫产瘢痕缺陷分度的关系				
项目	瘢痕轻度缺陷组 ($n=47$)	瘢痕重度缺陷组 ($n=11$)	χ^2/t	P
剖宫产孕周[$n(\%)$]				
<39 周	15(31.91)	4(36.36)	0.263	0.470
≥39 周	32(68.09)	7(63.63)		
术前是否临产[$n(\%)$]				
临产	20(42.55)	5(45.45)	3.452	0.060
未临产	27(57.45)	6(54.55)		
缝合方式[$n(\%)$]				
单层缝合	38(40.32)	6(75.86)	24.850	0.000
双层缝合	9(59.58)	5(24.14)		
术中出血量($\bar{x}\pm s$,mL)	230.61±29.55	249.17±33.20	2.457	0.007

2.3 剖宫产瘢痕缺陷高危因素分析 术前已临产及单层缝合可能是剖宫产瘢痕缺陷的高危因素($OR=2.682,5.421,P=0.002,0.000$),其中缝合方式的 OR 值最高。见表 3。

表 3 剖宫产瘢痕缺陷高危因素分析						
项目	赋值	B	SE	OR	P	$OR(95\%CI)$
剖宫产孕周	<39 周=1, ≥39 周=0	0.428	0.358	1.534	0.232	0.760~3.094
术前程	临产=1, 未临产=0	0.986	0.320	2.682	0.002	1.432~5.021
缝合方式	单层缝合=1, 双层缝合=2	1.690	0.314	5.421	0.000	2.932~10.022
术中出血量		0.003	0.002	1.003	0.087	1.000~1.007

3 讨 论

近年来,随着新型医学模式的转变,预防重于治疗的理念深入人心,关于 CSD 的高危因素研究逐渐增多,但其主要集中在剖宫产次数、子宫位置、妊娠期并发症及合并症等^[5-7]。针对手术因素的研究较少,而手术时机、切口的选择及缝合方式等可能是剖宫产子宫切口愈合的直接影响因素^[8]。剖宫产切口位置的过高或过低均容易导致 CSD 的发生,其可能由于子宫颈和宫体肌肉组织的结构不完全相同,而剖宫产前已经临产较未临产更容易形成 CSD,但研究例数较少,有待于进一步补充^[9-10]。关于缝合方式对 CSD 的影响,争议较大,原因是各研究比较的缝合方法不一致。有研究报道双层间断缝合比单层间断缝合更能促进子宫切口的愈合,但也有研究表明单层缝合与双层缝合方式对 CSD 发生率无显著影响^[11]。

经阴道超声检查是诊断 CSD 应用最多的检查方法,其具有灵敏度高、易检测的优点^[12]。有研究报道超声影像特点结合临床表现,将 CSD 分为轻、中、重 3 度^[13]。有学者认为缺陷顶端残留肌层厚度在评价 CSD 的大小更具有价值,故将缺陷处残留肌层厚度小于或等于 2.2 mm 列为重度缺陷,否则为轻度缺陷,本研究中采用这种分级方法,将 CSD 分为轻、重度 2 组。

本研究选择首次剖宫产分娩并于产后 6 个月行健康检查的产妇作为研究对象,排除剖宫产次数对 CSD 的影响,通过经阴道超声检查观察 CSD 的形成情况并分轻、重度,CSD 的发生

率为 15.76%。本研究结果表明,术前已临产及单层缝合会增加 CSD 的发生风险,而剖宫产孕周小于 39 周及术中出血量对 CSD 的发生率无影响;此外还表明单层缝合有可能增加剖宫产瘢痕重度缺陷的比率,加重 CSD 的严重程度,而剖宫产时孕周、术前是否临产及术中出血量与瘢痕缺陷的严重程度无关系。

临床工作中医务人员应提高对 CSD 的预防意识,在严格掌握剖宫产指征的基础上,注意术中子宫切口的缝合方式,尤其是术前已临产的紧急手术过程中,尽量采用既能迅速止血又能最大程度地利于切口愈合的缝合方式,从而降低 CSD 的发生率。

参考文献

- [1] Amanda M, Tower MD. Cesarean scar defects: an under recognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20(5):562.
- [2] 魏燕,高金芳,钱桂兰,等.剖宫产术后子宫切口憩室的相关问题[J].中华围产医学杂志,2015,18(11):867-869.
- [3] 中华医学会妇产科学分会产科学组.剖宫产手术的专家共识[J].中华妇产科杂志,2014,49(10):721.
- [4] Vikhareva-Osser O, Valentin L. Risk factors for incomplete healing of the uterine incision after caesarean section [J]. BJOG, 2010, 117(9):1119-1126.
- [5] Roberge S, Boutin A, Chaillet N, et al. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect[J]. Am J Perinatol, 2012, 29(6):465-471.

- [6] Allornuvor GF, Xue M, Definition ZT, et al. Presentation, diagnosis and management of previous caesarean scar defects[J]. J Obstet Gynaecol, 2013, 33(8):759.
- [7] 苏冠男,王武亮,袁博,等.子宫切口瘢痕憩室形成的相关因素研究[J].中国全科医学,2015,18(4):421-424.
- [8] 张林,卫兵,张曦,等.剖宫产术后子宫切口愈合不良的相关因素分析[J].中国妇幼保健,2014,29(15):2333-2335.
- [9] Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20(5):562-572.
- [10] 钟焕霞.剖宫产子宫切口瘢痕缺陷的影响因素及相关问题的研究[D].湛江:广东医学院,2014.
- [11] Roberge S, Demers S, Berghella V, et al. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 211(5):453-460.
- [12] Baranov A, Gunnarsson G, Salvesen K, et al. Assessment of cesarean hysterotomy scar in non-pregnant women: reliability of transvaginal sonography with and without contrast enhancement[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2016, 47(4):499-505.
- [13] Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20(5):562-572.

(收稿日期:2016-09-14 修回日期:2016-11-22)

• 临床探讨 •

维持性血液透析患者精神心理状况分析及其与神经营养因子水平的相关性研究

朱亚林,薛贵方,熊晓红,张颖君

(四川大学华西医院肾脏内科血透中心,成都 610041)

摘要:目的 探讨维持性血液透析(MHD)患者抑郁、焦虑等精神心理状况及精神心理障碍的发生与神经营养因子(BDNF)水平的相关性。方法 选取自 2015 年 2 月至 2016 年 3 月该院进行 MHD 的患者 140 例(观察组),接受维持性血液透析治疗时间大于或等于 3 个月;选择 140 例无终末期肾脏病(ESRD)的肾病患者作为对照组,采用 Hamilton 抑郁量表(HAMD)和 Hamilton 焦虑量表(HAMA)进行抑郁与焦虑的状态检测,并检测 BDNF 水平。结果 治疗 3 个月后观察组焦虑阳性率与抑郁阳性率分别是 56.5%和 66.5%,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组焦虑阳性的 78 例患者,BDNF 因子个数降低,与无焦虑患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。焦虑阳性者营养不良发生率为 31%,与无焦虑患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。抑郁阳性的 92 例患者,BDNF 因子个数降低,与无抑郁症患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),营养不良发生率为 62.9%,与无抑郁患者比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。Pearson 相关系数表明,BDNF、皮褶厚度(TSF)、上臂肌围(AMC)、血红蛋白(Hb)、清蛋白(Alb)等营养因子与焦虑、抑郁值呈负相关。结论 MHD 患者更容易发生焦虑、抑郁,同时会造成患者 BDNF 降低,导致患者营养不良。

关键词:维持性血液透析; 抑郁; 焦虑; 神经营养因子

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.04.053 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)04-0583-03

肾功能衰竭是肾脏功能病变,出现萎缩状态,功能失调,导致身体各器官不能正常运作,发病原因为各种慢性肾脏疾病,或接触重金属及服用药物不良反应等^[1-2]。发展到最严重时期即为终末期肾衰竭(ESRD),病死率极高,需要维持性血液透析

(MHD)维持生存。MHD 是一种重要的治疗肾功能衰竭的替代方式,其通过血液透析器以弥散形式进行内外血液交换,清除机体代谢废物和过多水分、净化血液、使体液酸碱平衡,维持生命^[3-4]。MHD 患者由于对病情不了解而过分担心经济负担